

Prévention de la violence faite aux enfants

*Harriet L. MacMillan avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

Résumé

Objectifs : Mettre à jour le rapport de 1993 du Groupe d'étude canadien sur l'examen périodique (désormais appelé Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) en passant en revue les critères d'efficacité des interventions de prévention de la violence faite aux enfants décrites dans la littérature scientifique des six dernières années.

Options : Dépistage : diverses techniques incluant une évaluation des indicateurs de risques. Prévention : programmes incluant visites à domicile, programmes de soins de santé globaux, enseignement et soutien aux parents, de même que services et programmes mixtes axés spécifiquement sur la prévention de la violence sexuelle.

Paramètres : Survenue d'un incident ou plus appartenant à l'une ou l'autre des sous-catégories suivantes : violence physique, violence sexuelle, négligence et violence psychologique durant l'enfance.

Preuves : On a interrogé les réseaux MEDLINE, PSYCINFO, ERIC et plusieurs autres bases de données. On a consulté des experts et on a analysé les recommandations publiées. Cette mise à jour se fonde, entre autres, sur des articles de recherche originaux et sur des articles de synthèse ayant pour thèmes le dépistage ou la prévention de la violence faite aux enfants. Aucune méta-analyse n'a été effectuée en raison de la diversité même des interventions, qui les empêche d'être comparées les unes aux autres.

Avantages, préjudices et coûts : Compte tenu du taux élevé de faux résultats positifs aux tests de dépistage des actes de violence subis par les enfants et du risque d'imputer à tort à des gens innocents la responsabilité d'actes violents, les préjudices possibles associés à ces interventions de dépistage en surclassent les avantages. Deux essais randomisés contrôlés ont fait état d'une réduction de l'incidence de la violence faite aux enfants ou des conséquences de la violence physique ou de la négligence chez les mères d'un premier enfant et leurs nourrissons de milieux défavorisés bénéficiant d'un programme de visites à domicile par des infirmières, s'étendant de la période périnatale jusqu'à la petite enfance. Si l'incidence de la violence faite aux enfants et les conséquences qui s'ensuivent diminuent, on pourrait s'attendre à ce qu'il en découle des économies substantielles pour le gouvernement. Les preuves demeurent non concluantes quant à l'efficacité d'un programme de soins de santé globaux, d'un programme d'enseignement et de soutien aux parents ou de la prestation de services mixtes ayant pour objectif la prévention de la violence faite aux enfants. Les programmes éducatifs conçus pour enseigner aux enfants des stratégies préventives pour contrer la violence sexuelle leur permettent d'être mieux renseignés et mieux outillés, mais n'entraînent pas nécessairement une réduction de la violence en tant que telle.

Valeurs : La validité des preuves fournies a été évaluée et analysée de façon systématique à l'aide de méthodes élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Recommandations : On dispose de nouvelles preuves de qualité passable sur la base desquelles on peut exclure les interventions visant à identifier les sujets qui risquent de manifester un comportement violent à l'endroit des enfants ou les sujets qui risquent d'en être victimes (recommandation de catégorie D). On dispose de preuves d'assez bonne qualité pour continuer de recommander un programme de visites à domicile auprès des familles défavorisées, s'étendant de la période périnatale à la petite enfance afin de prévenir la violence faite aux enfants et la négligence (recommandation de catégorie A). Le groupe ciblé par ce programme est celui des mères d'un premier enfant présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : âge <19 ans, monoparentalité et revenu faible. Les preuves les plus solides appuient un programme intensif de visites à domicile offert par des infirmières dès la période prénatale et se prolongeant jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. On ne dispose pas de suffisamment de preuves pour recommander un programme de soins de santé globaux (recommandation de catégorie C), un programme d'enseignement et de soutien aux parents (recommandation de catégorie C) et des services mixtes à domicile (recommandation de catégorie C) à titre de stratégies pour prévenir la violence faite aux enfants, mais ces interventions peuvent être recommandées pour d'autres raisons. On ne dispose pas de suffisamment de preuves pour recommander l'application de programmes d'éducation pour la prévention de la violence sexuelle (recommandation de catégorie C) ; il n'a pas été confirmé que ce type de programme réduit effectivement l'incidence de la violence sexuelle.

Validation : Les membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont passé en revue les résultats de cette analyse par le biais d'un processus itératif. Le groupe de travail a fait parvenir son analyse finale et ses recommandations à des experts externes sélectionnés et leur réaction est incluse dans le présent rapport.

La D^e MacMillan est professeure agrégée de psychiatrie et de neurosciences du comportement et professeure de pédiatrie au Canadian Centre for Studies of Children at Risk de l'Université McMaster, Hamilton (Ontario).

** Autrefois Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. La liste des membres du groupe d'étude apparaît à la fin de l'article.*

Cet article a été révisé par des pairs.

Traduit d'un article paru dans le JAMC 2000 ; 163 (11) : 1451-8, et reproduit avec la permission de l'éditeur.

69

Commanditaires : Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est subventionné par l'entremise d'un partenariat établi entre les ministres de la Santé des provinces et des territoires et Santé Canada.

DÉPUIS LA DERNIÈRE MISE À JOUR du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (désormais le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) sur la prévention primaire de la violence faite aux enfants, publiée en 1993¹, des efforts constants ont été déployés afin de mesurer l'efficacité de diverses stratégies visant à réduire la violence physique, la violence sexuelle, la négligence et la violence psychologique à l'endroit des enfants^{2,3}. Cet article passe en revue les preuves de l'efficacité des interventions visant à prévenir la violence faite aux enfants décrites dans la littérature scientifique des six dernières années.

Une certaine confusion règne quant à l'emploi des termes de prévention « primaire » et « secondaire » appliqués à la prévention de la violence faite aux enfants⁴. De nombreux auteurs utilisent le terme « prévention secondaire » pour désigner des interventions offertes à un sous-groupe de la population que l'on estime à risque⁵⁻⁷. Cela contraste avec la définition de « prévention secondaire » donnée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et selon laquelle il s'agit d'identifier des individus asymptomatiques touchés par le phénomène à ses tout débuts. Pour contourner ce problème de terminologie, certains spécialistes de la santé mentale ont préconisé l'emploi des termes « universels » pour désigner les programmes à l'intention des communautés et « ciblés » pour les programmes à l'intention des individus à haut risque⁸. La présente mise à jour inclut une analyse des interventions axées sur la prévention de la violence faite aux enfants, qu'il s'agisse d'interventions à l'intention de la population en général ou à l'intention d'individus ou de groupes à risque. Elle n'inclut pas les programmes axés sur la « prévention tertiaire » qui regroupent les services cliniques, par exemple auprès d'enfants ou de familles ayant fait l'objet de violence, et qui tentent de prévenir la récurrence ou la progression des actes de violence.

Le fardeau de la souffrance

On ne dispose pour l'instant d'aucune donnée nationale portant sur des rapports officiels de violence faite aux enfants signalés aux agences de protection de la jeunesse. La Canadian Incidence Study, qui est actuellement en cours, devrait révéler au début de l'an 2001 quelle est l'incidence annuelle rapportée des cas de violence faite aux enfants⁹. À l'échelon provincial, une étude de 1993 a révélé que l'incidence des enquêtes sur des allégations de violence faite aux enfants s'élevait à 21 par 1000 enfants en Ontario ; dans près de 60 % de ces cas, à la fin de l'enquête, la violence se révélait présumée ou avérée. Parmi les cas confirmés, 36 % étaient des cas de négligence, 34 % de violence physique, 28 % de violence sexuelle et 8 % de violence psychologique (un ou plusieurs types de mauvais traitements pouvaient être signalés dans chaque cas)¹⁰.

Selon les données des services d'aide sociale à l'enfance

du Québec, l'incidence globale de la violence sexuelle faite aux enfants se situerait à 0,87 par 1000 enfants pour 1995-1996¹¹. Cela se compare à un taux de 1,57 par 1000 enfants pour l'Ontario en 1993. Les auteurs attribuent les différences au mode de réponse des établissements plutôt qu'à un réel écart avec les taux de violence sexuelle faite aux enfants enregistrés au Québec¹¹.

Une enquête de prévalence a été effectuée au Canada depuis 1993¹¹. Le Mental Health Supplement apporté à l'Ontario Health Survey était une étude générale de population reposant sur un échantillon aléatoire de près de 10 000 résidents âgés de 15 ans et plus¹². À partir d'un questionnaire auto-administré, 31,2 % des répondants et 21,1 % des répondantes ont dit avoir été victimes de violence physique durant l'enfance, les cas de violence sexuelle durant l'enfance ayant été signalés par 4,3 et 12,8 % des sujets, respectivement.

Méthodes

On a interrogé les bases de données suivantes pour recenser les études qui ont porté sur la prévention de la violence faite aux enfants publiées entre 1993 et février 1999 : MEDLINE, HealthSTAR, PSYCINFO et ERIC. Dans les cas de MEDLINE et de HealthSTAR, les termes qui ont servi à la recherche étaient : « *child abuse* », « *incest* » et « *battered child syndrome* », avec « *prevention and control* », de même que « *child abuse* » combiné avec « *statistics and numerical data* », « *etiology* » et « *epidemiology* ». Le type de publication se limitait aux articles de recherche originaux, aux analyses de synthèse, aux méta-analyses et aux directives pratiques. Pour PSYCINFO, les termes de recherche étaient « *child abuse* », « *child neglect* », « *battered child syndrome* » ou « *incest* » combinés avec « *prevention* » ou « *screening* » se limitant aux portions « *experimental design* », « *meta-analysis* » ou « *literature review* ». On a également interrogé la base ERIC à partir des termes « *child abuse* » et « *child neglect* », se limitant à la portion « *literature review* ».

D'autres recherches ont été faites dans la littérature à l'aide de la base de données Current Contents (1993-1999) à partir des mots clés « *child abuse* », « *child neglect* », « *battered child syndrome* » ou « *incest* » combinés avec les termes « *prevention* » ou « *screening* ».

Aucune méta-analyse n'a été effectuée en raison de la diversité des interventions analysées. Il a même été impossible de mettre en commun les résultats d'études ayant porté sensiblement sur la même intervention, en raison de leurs différences de conception.

Les articles recensés ont été analysés de façon systématique à l'aide de la méthodologie du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Le groupe, composé de cliniciens chevronnés et d'experts de la méthodologie appartenant à diverses spécialités médicales, a utilisé une méthode standardisée fondée sur des preuves pour évaluer l'efficacité des interventions. L'*encadré 1* décrit la mé-

Examen critique des preuves

L'auteur principal a préparé un manuscrit qui présente les résultats de l'examen critique des preuves fournies à l'appui du thème abordé. Ce manuscrit comprenait les études clés et leur examen critique, de même que l'évaluation de la qualité des preuves obtenues, établie selon la hiérarchie méthodologique exigée par le Groupe de travail (ci-dessous), qui sont à l'origine du sommaire des conclusions et des recommandations formulées à l'intention du Groupe de travail.

L'obtention du consensus

L'auteur principal a présenté les preuves à l'appui de ce thème particulier ; ces preuves ont été débattues lors d'une réunion du Groupe de travail en octobre 1998. Les experts du comité ont abordé les principales problématiques en cause, clarifié les notions ambiguës et analysé la synthèse des preuves soumises à leur examen. À la fin de ce processus, les recommandations cliniques spécifiques de l'auteur principal ont fait l'objet de discussions, tout comme les questions ayant trait à la clarification des recommandations pour une application clinique et aux lacunes observées au chapitre des preuves. Les résultats de ce processus figurent dans la description des critères décisionnels présentés avec les recommandations spécifiques. Les décisions finales relatives aux recommandations ont été prises à l'unanimité par le groupe et l'auteur principal.

À toutes les étapes de la marche à suivre, de la préparation de l'analyse jusqu'au processus consensuel, et autres, la méthodologie du Groupe de travail a été respectée afin de garantir la validité de la documentation, d'assurer une certaine constance et de veiller à ce que le dossier soit complet, dans un souci constant d'uniformité et d'impartialité.

Qualité des preuves

- I Résultats obtenus dans le cadre d'au moins une étude comparative convenablement randomisée.
- II-1 Résultats obtenus dans le cadre d'études comparatives non randomisées bien conçues.
- II-2 Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
- II-3 Résultats découlant de comparaisons entre différents lieux ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.
- III Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

Classification des recommandations

- A On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection ou à cette intervention dans le cadre d'un examen périodique de santé.
- B On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection ou à cette intervention dans le cadre d'un examen périodique de santé.
- C On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection ou de cette intervention dans le cadre d'un examen périodique de santé, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres bases.
- D On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection ou à cette intervention dans le cadre d'un examen périodique de santé.
- E On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection ou à cette intervention dans le cadre d'un examen périodique de santé.

thodologie et le processus de révision plus en détail et donne des définitions des niveaux de preuves et des catégories de recommandations.

Résultats

Dépistage du risque de violence à l'endroit des enfants

Depuis 1993, trois études ont tenté de mettre au point diverses méthodes de dépistage du risque de violence faite aux enfants^{5,13,14}. Une étude a analysé et mis en corrélation deux évaluations du risque qu'un participant commette un acte violent en fonction de ses caractéristiques fa-

miliales et personnelles (p. ex., difficultés d'ordre économique) : l'une par le personnel et l'autre par le participant lui-même par le biais du Child Abuse Potential Inventory (CAPI)¹³. La valeur prédictive de cette approche vis-à-vis des situations d'abus n'a pas pu être déterminée. Deux enquêtes ont porté sur l'évaluation du risque de violence future et ont suivi les familles de façon prospective^{5,14}. L'aptitude de telles mesures de dépistage du risque à prédire la survenue des cas de violence continue de poser un problème. Par exemple, l'entrevue utilisée par le premier groupe d'auteurs a donné lieu à une valeur prédictive positive de l'ordre de 6,6 % et à un degré de sensibilité de

Encadré 2 : Sommaires des études ayant évalué les indicateurs de risque depuis la mise à jour du Groupe de travail de 1993¹

Stier et coll., 1993^{41*}

- Étude de cohorte longitudinale sur le lien entre la violence faite aux enfants et le bas âge de la mère dans un échantillon d'enfants nés de mères en milieu urbain. Taux de violence faite aux enfants, incluant violence physique, violence sexuelle et négligence, deux fois plus élevé dans un groupe d'enfants nés de mères de 18 ans et moins.

Kelleher et coll., 1994⁴²

- Étude avec cas témoins auprès d'un échantillon basé dans la communauté.
- Les répondants ayant signalé des cas de violence physique ou de négligence vis-à-vis de leurs enfants étaient plus susceptibles que les sujets du groupe témoin de faire état de problèmes de toxicomanie ou de dépendance.
- Les auteurs ont contourné le problème du biais lié à la demande de consultation en tenant compte des facteurs de confusion, ce qui a permis de confirmer les preuves d'un lien solide entre la toxicomanie chez les parents et la violence faite aux enfants.

Wilson et coll., 1996⁴³

- Analyse systématique de la force du lien entre variables psychosociales anténatales et violence faite aux enfants (articles publiés entre 1980 et 1993).
- Les indicateurs fondés sur les preuves les plus fortes à l'égard d'un lien avec la violence faite aux enfants : stress récent, absence de soutien social, problèmes psychiatriques chez la mère, antécédents de violence subie par la mère ou son partenaire, partenaire soupçonné de violence à l'endroit des enfants, mauvaise qualité du lien parent-enfant durant l'enfance de la mère, faible estime de soi de la mère, grossesse indésirée, ne pas avoir assisté à des cours prénatals. Les indicateurs fondés sur des preuves raisonnables à l'égard d'un lien avec la violence faite aux enfants : piètre adaptation ou satisfaction conjugale, violence du partenaire à l'endroit de la mère, toxicomanie chez la mère ou chez son partenaire.

MacMillan et coll., 1997¹²

- Enquête transversale (Ontario Health Supplement).
- Les hommes se sont révélés exposés à un risque accru de violence physique envers les enfants.
- Le risque de violence physique augmentait davantage chez les hommes élevés dans des familles dont les besoins financiers étaient assurés par un parent n'ayant pas terminé son secondaire.
- Le fait d'être élevé dans une région rurale de moins de 3000 résidents s'est révélé être en corrélation avec le risque de violence physique à l'endroit des enfants chez les filles et non chez les garçons.
- Les preuves ont confirmé les conclusions antérieures selon lesquelles la violence sexuelle à l'endroit des enfants est plus courante chez les filles que chez les garçons.

Brown et coll., 1998⁴⁴

- Étude longitudinale ; données sur la violence faite aux enfants tirées de dossiers de l'État de New York et des cas d'autosignalement rétrospectif utilisées pour identifier prospectivement les caractéristiques démographiques et familiales ainsi que les caractéristiques de parentalité associées au risque de violence physique, de violence sexuelle et de négligence.
- Les variables qui avaient un lien significatif avec les rapports officiels combinés et l'autosignalement de violence physique à l'endroit des enfants : faible degré d'instruction de la mère, absence de pratique religieuse, bas âge de la mère, dépendance à l'endroit des prestations d'aide sociale, monoparentalité, mesures compromettant l'aptitude à la parentalité (p. ex., manque de chaleur paternelle), incompétence de la mère (p. ex., sociopathie, incluant la toxicomanie, ou démêlés avec la justice, maladie grave), piètre situation conjugale.
- Les variables associées aux rapports mixtes de négligence des enfants ont été les mêmes que précédemment ; par contre, on a noté des corrélations significatives entre négligence et sociopathie chez la mère et le père et psychopathologie chez le père.
- Les variables ont montré un lien significatif avec les rapports combinés de violence sexuelle aux enfants : bas âge de la mère, mort d'un parent, présence d'un beau-père, épreuves, sociopathie chez la mère, dureté des punitions, grossesse indésirée.

* Les données tirées de cette étude ont été publiées après la soumission du rapport du Groupe de travail.

l'ordre de 55,6 % pour ce qui est de la violence physique⁵. Comme le mentionnait la mise à jour précédente¹, la principale difficulté inhérente aux approches de dépistage du risque de violence faite aux enfants reste le taux inacceptable de faux résultats positifs¹⁵. Plusieurs auteurs ont souligné le fait qu'il est impossible de prédire quels individus sont à risque lorsqu'il est question de violence faite aux

enfants^{15,16}.

Indicateurs de risque

Une analyse systématique et quatre études d'observation bien conçues portant sur les indicateurs de risque ont été publiées depuis le rapport du Groupe de travail de 1993 (*encadré 2*). Le terme « indicateur » de risque a été préféré

à « facteur » de risque, parce que la majeure partie des renseignements concernant les cas de violence faite aux enfants proviennent d'enquêtes transversales. Ce type d'études offre des données de corrélation relativement à la violence faite aux enfants et ne peut nous informer sur le lien temporel ou causal entre les indicateurs et la violence ou la négligence dont les enfants font effectivement l'objet. Plusieurs études longitudinales rigoureuses sur la violence faite aux enfants sont actuellement en cours et devraient fournir des renseignements importants quant au lien à établir entre indicateur de risque et violence ou négligence à l'endroit des enfants¹⁷.

En résumé, les nouveaux indicateurs de risque de violence physique identifiés dans le cadre de la présente mise à jour sont notamment : le fait d'être de sexe masculin, les événements stressants de fraîche date, les problèmes psychiatriques chez la mère, le faible degré d'instruction de la mère, le fait de n'avoir pas assisté à des cours prénatals, les toxicomanies et l'absence de pratique religieuse. Les indicateurs de risque à l'égard de la négligence sont, notamment, un comportement parental sociopathique et la toxicomanie. Deux nouveaux indicateurs de risque à l'égard de la violence sexuelle faite aux enfants sont le jeune âge de la mère et le décès d'un parent.

Programmes périnatals et programmes pour la petite enfance en matière de prévention de la violence physique et de la négligence

Depuis 1993, quatre enquêtes se sont penchées sur l'efficacité des programmes périnatals et des programmes destinés à la petite enfance pour la prévention de la violence physique et de la négligence dont font l'objet les enfants^{2-4,18}. En 1994, une analyse systématique est arrivée à la conclusion suivante : bien que de nombreux programmes aient échoué à faire état d'une réduction de ces deux types de mauvais traitements à l'endroit des enfants, on a noté que l'extension du programme de visites à domicile permettait de prévenir efficacement la violence physique et la négligence au sein des familles dévalorisées⁴. En 1997, une analyse des essais contrôlés sur les premières interventions axées sur la prévention de la violence physique et de la négligence a suggéré que, pour les familles à haut risque, l'intervention précoce peut effectivement prévenir la violence physique et (ou) la négligence à l'endroit des enfants². Par contre, l'auteur a résumé ses conclusions en mettant l'accent sur les éléments clés des services efficaces plutôt qu'en identifiant le degré de preuves liées à l'efficacité des différents types d'intervention. Wekerle et Wolfe³ ont conclu que les études portant sur les programmes d'amélioration des compétences parentales chez les individus à haut risque procuraient des « gains relativement constants » sur le plan des paramètres de mesure directe ou indirecte de la prévention de la violence et de la négligence vis-à-vis des enfants ; les auteurs ont néanmoins formulé une mise en garde indiquant qu'il est impossible de conclure de façon

formelle sans une évaluation plus approfondie. Une méta-analyse de Roberts et ses collaborateurs¹⁸ a pour sa part révélé que les visites à domicile avaient un effet préventif significatif sur l'occurrence des lésions infligées aux enfants. Ils n'ont pas fait d'estimations regroupées pour ce qui est des paramètres de mesure de la violence faite aux enfants en raison du risque de biais lié à la présentation des rapports paramétriques.

Visites à domicile

Deux études récentes ont évalué les visites à domicile effectuées par des infirmières. En 1994, Olds et coll.¹⁹ ont publié les résultats d'un suivi échelonné sur quatre ans consécutif à leur essai randomisé contrôlé (l'étude Elmira). Le modèle et les premières conclusions de leur essai ont été passés en revue dans le rapport du Groupe de travail de 1993¹. Les interventions étaient les suivantes : 1) suivi du développement après un et deux ans ; 2) ce qui précède plus le transport gratuit pour assister aux cours prénatals ou pour se rendre à l'unité de soins pédiatriques jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans ; 3) ce qui précède plus les visites prénatales à domicile ; 4) ce qui précède plus les visites à domicile jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans (groupe bénéficiant des visites durant la petite enfance). Les données réparties sur quatre ans donnent à penser que les différences quant au taux de violence et de négligence entre le groupe témoin (interventions 1 et 2) et le groupe bénéficiant des visites à domicile (intervention 4) observées au bout des deux ans s'estompaient dans les deux années suivant la conclusion du programme, bien que les enfants des familles visitées par les infirmières aient présenté une réduction de l'ordre de 40 % des préjudices et des empoisonnements.

Plus récemment, par contre, selon les résultats d'un suivi de 15 ans consécutif à l'étude Elmira, les rapports de violence et de négligence vis-à-vis des enfants chez les femmes recevant la visite d'une infirmière durant la période prénatale et la petite enfance (intervention 4) ont été moins nombreux que chez les femmes du groupe témoin (incidence 0,29 c. 0,54 ; $p < 0,001$)²⁰. Quarante-vingt-un pour cent de l'échantillon de la population étudiée a pu être suivi.

L'étude Elmira a été reproduite avec un échantillon de 1139 mères d'un premier enfant, d'origine afro-américaine, à faible revenu et non mariées, de Memphis au Tennessee²¹. Au bout de deux ans (taux de suivi de 90 %), les enfants dont les mères avaient reçu la visite à domicile des infirmières avaient moins souvent recours aux services de santé pour des lésions et des empoisonnements que ceux dont les mères n'avaient pas reçu la visite à domicile des infirmières (0,43 c. 0,56 ; $p = 0,05$). Le nombre de journées d'hospitalisation des enfants ayant subi des blessures ou des empoisonnements s'est également révélé moindre dans le groupe bénéficiant de l'intervention 4 (0,04 c. 0,18 ; $p < 0,001$).

Trois récents essais randomisés et contrôlés ont mesuré l'efficacité des visites à domicile effectuées par des « paraprofessionnelles » (parfois appelées en anglais « *home visitors* »)^{14, 22-24}. Johnson et coll.²² ont mesuré l'efficacité des visites mensuelles à domicile offertes par des mères bénévoles non professionnelles de la communauté à 262 mères d'un premier enfant en milieu défavorisé. En tout, 11 enfants avaient subi des blessures, trois dans le groupe bénéficiant des visites à domicile et huit dans le groupe témoin. Cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative.

Marcenko et coll.^{23, 24} ont mesuré l'effet des visites à domicile pré et post-natales par des mères bénévoles sur la réduction des placements en foyers d'accueil parmi 225 femmes chez qui, dès avant la naissance, on avait identifié un risque que leur nouveau-né leur soit retiré. Les femmes assignées au groupe témoin ont reçu des services réguliers par l'entremise d'une clinique d'obstétrique et de gynécologie ambulatoire. Les femmes du groupe expérimental ont participé pendant environ 16 mois à un programme de services à domicile offert par des visiteuses bénévoles de la communauté en collaboration avec une infirmière et une travailleuse sociale dès la première visite prénatale. L'évaluation du suivi au 16^e mois a pu s'effectuer auprès de 88 % de l'échantillon. On n'a noté aucune différence statistiquement significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin pour ce qui est des enfants placés dans des foyers d'hébergement.

Un troisième essai a mesuré l'efficacité d'un programme de prévention de la violence faite aux enfants dans l'État d'Hawaï (Hawaii Healthy Start), offert par des paraprofessionnelles à partir de deux centres communautaires, sur l'île d'Oahu¹⁴. L'échantillon regroupait 372 familles multiethniques à faible revenu ayant en moyenne deux enfants. Les visites ont débuté dès les trois premiers mois de vie de l'enfant. Les visites à domicile pouvaient se poursuivre jusqu'au cinquième anniversaire de l'enfant. Au bout d'un an, on a noté un taux d'abandon de 30 %. Les différences relativement au signalement de cas de violence à l'endroit des enfants entre le groupe expérimental et le groupe témoin ne se sont pas révélées statistiquement significatives.

Des problèmes méthodologiques liés notamment au mode de randomisation, à la brièveté des suivis et à l'évaluation par des mesures paramétriques ont empêché les auteurs d'en arriver à des conclusions relativement à l'efficacité des visites à domicile par des paraprofessionnelles pour prévenir la violence faite aux enfants.

Programme de soins globaux

Une étude a mesuré l'efficacité d'un programme de services de santé globaux à prévenir la violence faite aux enfants⁵. Les services globaux incluaient : soins prénatals, postnatals et pédiatriques dispensés par une équipe pluridisciplinaire ou une équipe clinique jusqu'à ce que les enfants aient atteint l'âge de deux ans. Les mères du groupe

bénéficiant de l'intervention ont reçu un *counselling* prénatal auprès d'un psychologue et ont participé à des groupes d'entraide. Sur 1089 femmes ayant reçu des soins prénatals dans un hôpital urbain, 314 jugées à risque élevé ont été assignées aléatoirement soit à des services globaux ou à des services standard. Lors du suivi au bout de trois ans, les données disponibles concernaient 88 % du groupe ayant bénéficié de l'intervention et 79 % du groupe témoin. L'analyse des documents fournis par l'organisme public ont fait état de rapports de violence physique chez 9,2 % des enfants du groupe bénéficiant de l'intervention, contre 6,6 % chez ceux du groupe témoin (différence non statistiquement significative). Les rapports de négligence ont été de l'ordre de 10,6 % et de 4,1 %, respectivement (estimation du risque relatif, 2,79 ; $p < 0,05$). Après analyse de la source des signalements aux autorités de la protection de la jeunesse, les auteurs ont conclu à un biais lié au mode de surveillance (les sujets du groupe bénéficiant de l'intervention se rendaient deux fois plus souvent en moyenne chez le pédiatre que ceux du groupe témoin).

Programme d'enseignement et de soutien aux parents

Britner et Reppucci²⁵ ont évalué un programme d'éducation parentale de groupes, réparti sur 12 semaines, destiné principalement à des mères adolescentes non mariées d'origine afro-américaine vivant en milieu urbain²⁵. Il ne s'agissait pas d'une étude randomisée contrôlée et aucun renseignement quant à la répartition des sujets entre les groupes n'a pu être fourni, de sorte qu'aucune conclusion ne saurait être tirée relativement à la prévention de la violence à l'endroit des enfants.

Services mixtes

Huxley et Warner²⁶ se sont penchés sur l'efficacité d'un projet communautaire à l'intention des nourrissons (Community Infant Project, ou CIP), dans le cadre duquel des équipes d'infirmières cliniciennes offraient aux familles une gamme de services à domicile, y compris gestion de cas, psychothérapie et éducation en santé maternelle et infantile. Les lacunes de cet essai sur le plan méthodologique ne permettent pas de tirer de conclusions sur l'efficacité de l'intervention.

Sommaire des principales preuves

En résumé, à partir des programmes périnatals et des programmes pour la petite enfance, on a accès à des preuves additionnelles indiquant que des visites à domicile fréquentes effectuées par des infirmières durant la période prénatale et jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant peuvent prévenir la violence faite aux enfants et les conséquences qui y sont associées (p. ex., blessures et recours aux services de santé) parmi les mères d'un premier enfant de milieux défavorisés (*tableau 1*). Les deux essais les plus rigoureusement conçus ont fait état de l'efficacité des visites à domicile lorsqu'elles prenaient la forme d'interventions

Tableau 1 : Sommaire des recommandations pour la prévention de la violence faite aux enfants

Intervention	Efficacité	Degré de preuve*	Recommandation*
Dépistage			
Approches utilisées pour identifier les familles à haut risque à l'égard de la violence aux enfants	Fort taux de faux résultats positifs ; risque élevé d'imputer à tort les actes violents à des personnes innocentes	Étude de cohorte ^{5,14} (II-2), enquête transversale ¹³ (III)	Aucune preuve additionnelle pour modifier la recommandation (D) de la mise à jour de 1993 ¹
Prévention			
<i>Programmes axés principalement sur la prévention de la violence physique et de la négligence ou des deux</i>			
Visites à domicile par des infirmières durant la période périnatale et la période de la petite enfance auprès de mères d'un premier enfant de milieux défavorisés, monoparentales ou adolescentes	Nombre moindre de signalements de cas de violence et de négligence et nombre moindre de consultations pour blessures et empoisonnements dans le groupe recevant l'intervention	ERC ¹⁹⁻²¹ (I)	Bon degré de preuve : orientation vers une infirmière visiteuse à la suite de l'examen périodique (A)
Programme de soins de santé globaux [†]	Nombre accru de signalements de négligence dans le groupe sous intervention ; aucun effet sur le nombre de signalements de violence physique à l'endroit des enfants.	ERC ⁵	Preuve insuffisante pour inclure l'orientation dans l'examen périodique pour la prévention de la violence faite aux enfants (C)
Programme d'enseignement et de soutien aux parents [†]	Nombre moindre de signalements de violence et de négligence dans le groupe bénéficiant de l'intervention	Étude contrôlée ²⁵	Preuve insuffisante pour inclure l'orientation dans l'examen périodique pour la prévention de la violence faite aux enfants (C)
Services mixtes à domicile, y compris gestion de cas, éducation et psychothérapie [†]	Nombre moindre de visites au service des urgences dans le groupe bénéficiant de l'intervention	Étude contrôlée ²⁶	Preuve insuffisante pour inclure l'orientation dans l'examen périodique pour la prévention de la violence faite aux enfants (C)
<i>Programmes visant principalement la prévention de la violence sexuelle</i>			
Programmes à l'intention des enfants axés sur la prévention de la violence sexuelle et des enlèvements	Amélioration des notions de violence sexuelle et sensibilisation accrue aux moyens de la prévenir ; aucune étude n'a conclu à l'efficacité des programmes sur la réduction de l'incidence de la violence sexuelle	ERC ²⁹⁻³⁵ (I)	Aucune preuve additionnelle permettant de modifier la recommandation (C) de la mise à jour de 1993 ¹
Note : ERC = étude randomisée contrôlée			
* Voir l'encadré 1 pour la définition du degré de preuve et des catégories de recommandations.			
† Ce rapport s'est penché sur l'utilisation de l'intervention relative à la prévention de la violence faite aux enfants et des conséquences qui en découlent. D'autres facteurs liés à la santé pourraient expliquer l'efficacité de cette intervention ou d'autres raisons pour en recommander l'usage.			

ciblées auprès de familles à haut risque¹⁹⁻²¹. Trois de ces études sur cinq n'ont pas fourni de preuves de l'efficacité des mesures à prévenir la violence et la négligence et on a pu y dénoter d'importantes lacunes d'ordre méthodologique. De plus, les visites à domicile mentionnées dans les deux études antérieures étaient effectuées par des infirmières ; dans les trois essais ayant fait état de résultats moins favorables, la principale intervenante était une paraprofessionnelle ou une bénévole de la communauté. Par contre, les carences méthodologiques de ces trois autres études font en sorte qu'il est impossible d'attribuer des résultats moins favorables au recours à des paraprofessionnelles.

Olds et coll. ont récemment procédé à une étude randomisée contrôlée afin d'évaluer l'efficacité des visites à domicile effectuées par des infirmières plutôt que par des paraprofessionnelles. Les résultats sont imminents.

Les conclusions des études Elmira et Memphis ne sauraient être appliquées par extrapolation à d'autres interventions qui diffèrent substantiellement de ce modèle. Dans les deux études, les visites à domicile ont été fréquentes, de la période prénatale jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant, reposaient sur un modèle théorique et étaient effectuées par des infirmières. Lors de la diffusion de cette information, l'un des principaux objectifs sera

d'assurer un degré élevé de concordance entre le protocole original de l'intervention et la prestation concrète des services préconisés²⁰. Cette question revêt une importance particulière à un moment où les programmes de visites à domicile se répandent au Canada et aux États-Unis sur la base d'un modèle fondé sur le travail de bénévoles^{27,28}, alors qu'à ce jour, les preuves les plus solides tirées des essais les plus rigoureux préconisent un programme de visites à domicile effectuées par des infirmières.

En ce qui a trait aux trois autres types de programmes périnataux et des programmes pour la petite enfance : programme de soins de santé globaux⁵, programme d'enseignement et de soutien aux parents²⁵ et services à domicile mixtes comprenant gestion de cas, éducation et psychothérapie²⁶, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander leur inclusion ou leur exclusion dans les examens médicaux périodiques. Les preuves demeurent non concluantes.

Programmes à l'intention des enfants pour la prévention de la violence sexuelle

Depuis la dernière mise à jour de 1993 du Groupe de travail, deux analyses systématiques ont étudié l'efficacité des programmes de sensibilisation pour la prévention de la violence sexuelle^{36,37}. Une analyse a conclu que les programmes de sensibilisation visant à prévenir la violence sexuelle à l'endroit des enfants et les enlèvements d'enfants peuvent renseigner et outiller les enfants à ce chapitre, dans des conditions expérimentales³⁶. Il reste à vérifier si, dans la réalité, la sensibilisation des enfants à ces questions peut entraîner une réduction de l'incidence des cas de violence sexuelle ou des enlèvements. Les résultats d'une méta-analyse par Rispens et coll.³⁷ ont indiqué que les programmes de prévention des actes de violence réussissent à renseigner les enfants sur la violence sexuelle et les dotent de certaines habiletés en matière d'autodéfense, mais les auteurs ont souligné qu'il a été impossible de démontrer que ces habiletés s'appliquent bel et bien dans la vie concrète.

Depuis la mise à jour de 1993, plusieurs autres études mesurant l'efficacité des programmes de prévention de la violence sexuelle faite aux enfants ont été publiées (*tableau 1*)²⁹⁻³⁵. Aucun de ces essais randomisés et contrôlés n'a analysé les résultats des interventions sur l'occurrence des cas de violence sexuelle. C'est pourquoi ils ne seront pas expliqués en détail. Une seule étude de cohorte d'envergure nationale auprès d'un échantillon représentatif de 2000 enfants et parents (ou tuteurs) a révélé qu'au bout d'un an de suivi, les enfants qui avaient participé à des programmes de prévention en milieu scolaire se disaient plus susceptibles de signaler un incident que ceux qui n'avaient pas été exposés à ce type de programme^{38,39}. Par contre, la participation à de tels programmes de prévention n'a pas été associée à une baisse du nombre de cas signalés par les enfants eux-mêmes.

Recommandations

Les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs sont résumées au *tableau 1*. Depuis la mise à jour de 1993 du Groupe de travail, il a été possible d'accumuler des preuves additionnelles sur les approches de dépistage de la violence à l'endroit des enfants et en faveur des visites à domicile chez les mères d'un premier enfant à haut risque ; le degré de preuve réel rattaché à ces interventions n'a cependant pas changé. Trois interventions additionnelles ont été évaluées en ce qui a trait à la prévention de la violence physique et de la négligence. Par contre, les preuves ne suffisent pas pour recommander leur inclusion dans l'examen périodique de santé.

D'autres preuves de qualité raisonnable appuient la recommandation de 1993 d'exclure les interventions de dépistage visant à prédire si des enfants ou des adultes risquent d'être victimes ou coupables, respectivement, d'actes violents. D'autres preuves viennent confirmer la recommandation antérieure qui appuyait le recours aux visites à domicile durant la période périnatale et durant la petite enfance pour les mères d'un premier enfant de milieu défavorisés, pour les familles monoparentales ou les parents adolescents afin de prévenir la violence et la négligence. Les preuves les plus solides appuient les visites à domicile effectuées par des infirmières, mais le facteur le plus important sera de maintenir les éléments du programme original de prévention décrit par Olds et coll. lorsqu'il sera plus largement diffusé¹⁹⁻²¹. Malheureusement, la plupart des programmes de visites à domicile qui ont été mis sur pied au Canada ressemblent peu au modèle dont Olds et coll. ont démontré l'efficacité. Si un tel programme n'est pas offert dans la communauté, les médecins et autres professionnels de la santé peuvent en promouvoir le développement. Pour les études Elmira et Memphis, les critères d'admissibilité étaient d'ordre démographique et ne reposaient sur aucune stratégie de dépistage actif. La plupart des médecins de première ligne connaissent probablement l'âge, le statut social et l'état civil de leurs patient(e)s. Olds et Kitzman⁴⁰ préconisent un ciblage des communautés où les taux de pauvreté, de monoparentalité et de parentalité adolescente sont élevés. L'accessibilité très large à ce programme au sein de ces communautés pourrait réduire la stigmatisation des personnes jugées nécessaires.

Aucune preuve solide n'a permis d'inclure ou d'exclure le recours à un programme de soins de santé globaux, à un programme d'enseignement et de soutien aux parents ou à un programme de services mixtes incluant gestion de cas, éducation et psychothérapie pour la prévention de la violence faite aux enfants. Ces interventions peuvent être bénéfiques pour d'autres raisons et doivent être évaluées au cas par cas.

On ne dispose d'aucune preuve nouvelle pour justifier un changement aux recommandations relatives aux pro-

grammes pour la prévention de la violence sexuelle et des actes violents. Comme le soulignait la mise à jour de 1993, les professionnels de la santé qui formulent des recommandations à ce chapitre durant un examen périodique de santé doivent avoir de bonnes raisons de le faire.

Les visées de la recherche

Depuis la mise à jour de 1993 du Groupe de travail, certains progrès ont été réalisés, notamment en ce qui a trait aux facteurs de risque de violence physique et sexuelle faite aux enfants dans la population en général et à la distribution de ces facteurs. Par contre, l'élaboration de méthodes de mesure de leur prévalence et les corrélats des deux principales catégories de violence faite aux enfants, soit négligence et violence psychologique, devront faire l'objet d'études plus approfondies à l'avenir.

La recherche devra à tout prix tenter de vérifier s'il est possible de reproduire le programme décrit par Olds et coll. dans des populations présentant des caractéristiques différentes (p. ex., femmes multipares). De plus, on ignore à quel point les modifications des programmes de visites à domicile par les infirmières (p. ex., durée, fréquence et teneur de ces visites) peuvent influencer sur l'efficacité de l'intervention.

Pour ce qui est de la violence sexuelle, on ignore encore si les programmes d'éducation permettent effectivement de la prévenir. Dans ce domaine, la recherche doit être axée sur des approches visant à protéger les enfants sans leur imputer la responsabilité de la prévention.

En dernier ressort, il faut aussi chercher à identifier d'autres stratégies d'interventions prometteuses visant à prévenir un ou plusieurs types de violence faite aux enfants, étant donné que les approches mixtes (universelles et ciblées) risquent d'être nécessaires si l'on veut juguler ce grave problème de santé publique.

Conflits d'intérêts : Aucun déclaré.

Remerciements : Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs remercie le D^r John Wright, Département de psychologie, Université de Montréal, d'avoir passé en revue une ébauche de ce manuscrit. Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et n'engagent en rien les réviseurs.

La D^{re} MacMillan est récipiendaire du Faculty Scholar Award de la William T. Grant Foundation et de la chaire de recherche clinique en santé mentale féminine, avec l'appui de Wyeth-Ayerst Canada Inc., du Conseil de recherches médicales du Canada et de l'Université McMaster.

Références

1. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, avec le Groupe de travail sur l'examen médical périodique. Periodic health examination. 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. *CMAJ* 1993 ; 148 (2) : 151-63.
2. Guterman NB. Early prevention of physical child abuse and ne-

- glect: existing evidence and future directions. *Child Maltreatment* 1997 ; 2 : 12-34.
3. Wekerle C, Wolfe DA. Prevention of child physical abuse and neglect: promising new directions. *Clin Psychol Rev* 1993 ; 13 : 501-40.
4. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review: Part I. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 ; 35 : 835-56.
5. Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, et al. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr* 1993 ; 122 : 511-6.
6. Dubowitz H. Prevention of child maltreatment: what is known. *Pediatrics* 1989 ; 83 : 570-7.
7. Adler NA, McCain JL. Prevention of child abuse: issues for the mental health practitioner. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994 ; 3 : 679-93.
8. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 ; 37 : 686-94.
9. Phaneuf G, Tonmyr L. National incidence study of child abuse and neglect [lettre]. *CMAJ* 1998 ; 159 (5) : 446. Disponible : www.cma.ca/cmaj/vol-159/issue-5/0446a.htm.
10. Trocmé N, McPhee D, Tam KK, Hay T. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect*. Toronto : Institute for the Prevention of Child Abuse, 1994.
11. Tonmyr L. Études d'incidence et de prévalence menées à l'échelle internationale sur la maltraitance envers les enfants : bibliographie sélective. Ottawa : Division de la violence envers les enfants, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1998. N° de catalogue H21-143/1998F.
12. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997 ; 278 : 131-5.
13. McCurdy K. Risk assessment in child abuse prevention programs. *Soc Work Res* 1995 ; 19 : 77-87.
14. Center on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse. *Intensive home visitation: a randomized trial, follow-up and risk assessment study of Hawaii's Healthy Start Program* (Final report, prepared for the National Center on Child Abuse and Neglect). Chicago : National Committee to Prevent Child Abuse, 1996.
15. Caldwell RA, Bogat GA, Davidson WS II. The assessment of child abuse potential and the prevention of child abuse and neglect: a policy analysis. *Am J Community Psychol* 1988 ; 16 : 609-24.
16. Kotelchuck M. Child abuse and neglect: prediction and misclassification. Dans : Starr RH, réd. *Child abuse prediction: policy implications*. Cambridge (MA) : Ballinger, 1982 : 67-104.
17. Bertolli J, Morgenstern H, Sorenson SB. Estimating the occurrence of child maltreatment and risk-factor effects: benefits of a mixed-design strategy in epidemiologic research. *Child Abuse Negl* 1995 ; 19 : 1007-16.
18. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1996 ; 312 : 29-33.
19. Olds DL, Henderson CR Jr, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994 ; 93 : 89-98.
20. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997 ; 278 : 637-43.

21. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, et al. Effect of prenatal and infant home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA* 1997 ; 278 : 644-52.
22. Johnson Z, Howell F, Malloy B. Community mothers' programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ* 1993 ; 306 : 1449-52.
23. Marcenko MO, Spence M. Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry* 1994 ; 64 : 468-78.
24. Marcenko MO, Spence M, Samost L. Outcomes of a home visitation trial for pregnant and postpartum women at risk for child placement. *Child Youth Serv Rev* 1996 ; 18 : 243-59.
25. Britner PA, Reppucci ND. Prevention of child maltreatment: evaluation of a parent education program for teen mothers. *J Child Family Stud* 1997 ; 6 : 165-75.
26. Huxley P, Warner R. Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. *Am J Orthopsychiatry* 1993 ; 63 : 582-8.
27. Else P, Williams RC, Wilson I, Watson B, Bradley S. Healthy babies, healthy children: an early intervention/prevention program for Ontario. *Ont Med Rev* 1998 ; juillet-août : 20-1.
28. Donnelly AC. Healthy families in America. *Child Today* 1992 ; 21 : 25-8.
29. Wurtele SK, Owens JS. Teaching personal safety skills to young children: an investigation of age and gender across five studies. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 805-14.
30. Telljohann SK, Everett SA, Price JH. Evaluation of a third grade sexual abuse curriculum. *J Sch Health* 1997 ; 67 : 149-53.
31. Bogat GA, McGrath MP. Preschoolers' cognition of authority, and its relationship to sexual abuse education. *Child Abuse Negl* 1993 ; 17 : 651-62.
32. Sarno JA, Wurtele SK. Effects of a personal safety program on preschoolers' knowledge, skills, and perceptions of child sexual abuse. *Child Maltreatment* 1997 ; 2 : 35-45.
33. Tutty LM. Child sexual abuse prevention programs: evaluating. Who Do You Tell. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 869-81.
34. Randolph MK, Gold CA. Child sexual abuse prevention: evaluation of a teacher training program. *School Psychol Rev* 1994 ; 23 : 485-95.
35. Oldfield D, Hays BJ, Megel ME. Evaluation of the effectiveness of Project Trust: an elementary school-based victimization prevention strategy. *Child Abuse Negl* 1996 ; 20 : 821-32.
36. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review: Part II. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 ; 35 : 857-76.
37. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 975-87.
38. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse Negl* 1995 ; 19 : 141-53.
39. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *Am J Public Health* 1995 ; 85 : 1684-9.
40. Olds DL, Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 1990 ; 86 : 108-16.
41. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics* 1993 ; 91 : 642-8.
42. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health* 1994 ; 84 : 1586-90.
43. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996 ; 154 (6) : 785-99. Résumé à l'adresse : www.cma.ca/cmaj/vol-154/0785f.htm.
44. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998 ; 22 : 1065-78.

Demande de tirés à part : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Parkwood Hospital, 801 Commissioners Rd. E, London ON N6C 5J1 ; ctf@ctfphc.org

Membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Président : le D^r John W. Feightner, professeur, département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ont.) ; **président sortant :** le D^r Richard Goldbloom, professeur, département de pédiatrie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.). **Membres :** les D^{rs} R. Wayne Elford, professeur et directeur de la recherche, département de médecine familiale, Université de Calgary, Calgary (Alb.) ; Denice Feig, professeure adjointe, département d'endocrinologie, Université de Toronto, Toronto (Ont.) ; Michel Labrecque, professeur, unité de médecine familiale, Université Laval, Rimouski (Qué.) ; Robin McLeod, professeur, département de chirurgie, Mount Sinai Hospital et Université de Toronto, Toronto (Ont.) ; Harriet MacMillan, professeure agrégée, départements de psychiatrie et de neurosciences du comportement et de pédiatrie, Canadian Centre for Studies of Children at Risk, Université McMaster, Hamilton (Ont.) ; Jean-Marie Moutquin, professeur titulaire et directeur, département d'obstétrique-gynécologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qué.) ; Valerie Palda, professeure adjointe, département de médecine interne générale, Université de Toronto, Toronto (Ont.) ; Christopher Patterson, professeur et directeur, division de gériatrie, département de médecine, Université McMaster, Hamilton (Ont.) et Elaine E.L. Wang, professeure agrégée, département de pédiatrie et de santé publique, faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ont.). Personnes-ressources : Nadine Wathen, coordonnatrice, et Tim Pauley, assistant de recherche, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ont.).